LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Ophthalmologie : L'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par le Dr Sebillotte, p. 673. — **Bibliographie** : Leçons sur les maladies de la peau faites à la Faculté de Médecine et à l'Hôpital Saint-Louis (ouvrage couronné par l'Institut de France (Académie des Sciences), p. 674. — **Revue de la presse** : Six années de pratique électrothérapique en gynécologie dans le traitement des affections catarrhales des annexes, d'après la méthode du Dr Apostoli, par Mme Kaplan-Lapina, p. 675. — Troisième note sur le traitement électrique de la neurasthénie chez les hystériques, par MM. Apostoli et Planet, p. 676. — Des myoclonies en général et de leur traitement par l'électricité, p. 676. — **Académie des sciences** : *Séance du* 18 *octobre* 1898. Présidence de Van Tieghem. — Recherches physiologiques sur la contraction du sphincter ani, MM. S. Arloing et Edouard Chantre, p. 676. — Sur la transformation de la graisse par oxydation directe, p. 676. — **Académie de médecine** : *Séance du* 25 *octobre* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Rapports, p. 677. — Mort de M. Barrallier, p. 677. — Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de sérum gélatineux, p. 677. — Traitement général des pieds-bots paralytiques (paralysie infantile) et en particulier par la greffe anastomotique musculo-tendineuse, p. 677. — Vingt-trois splénectomies, p. 677. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du* 14 *octobre* 1898 : Présidence de M. Sevestre. — Du réflexe du tendon d'Achille dans le tabes, p. 678. — Déformation du thorax dans la paralysie du muscle grand dentelé, p. 678. — Perforation tuberculeuse du palais, p. 678. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du* 22 *octobre* 1898. Présidence de M. Jullien, p. 679. — Crachements de sang et hémorrhoïdes après ovariotomie, par le Dr Onimus, p. 679. — **Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie** : 2e *Session, tenue à Marseille, du* 8 *au* 15 *octobre* 1898. — Traitement des grossesses extra-utérines, p. 681. — La dyspepsie chez les collégiens, p. 682. — Les coliques chez l'enfant p. 682. — Les purpuras de l'enfance, p. 684. — **Société de chirurgie** : *Séance du* 26 *octobre* 1898. Présidence de M. P. Berger, — Contusions de l'abdomen, p. 685. — Traitement des névralgies faciales, p. 685. — Du traitement du goître exophtalmique par la section partielle ou totale du grand sympathique cervical, p. 685. — Sur le traitement chirurgical de la symphise cardio-péricardique, p. 685. — Traitement des kystes hydatiques du foie, p. 686. — Appendicite, guérison. — Cystotomie sus-pubienne, cystite purulente. Cellules vésicales, p. 686. — **Nouvelles** : p. 686.

OPHTHALMOLOGIE

L'ophthalmie purulente des nouveaux-nés (1).

Par le Dr Sebillotte.

Il y a 25 ans à peine, l'ophtalmie purulente des nouveau-nés faisait encore de terribles ravages dans nos maternités et dans les milieux pauvres ; aujourd'hui, si la fréquence de cette maladie a beaucoup diminué, la gravité des accidents auxquels elle expose la rend toujours très digne de l'importance que vous donnez à la discussion de son traitement.

Cette question intéresse tous les praticiens : l'oculiste appelé à soigner des accidents déjà confirmés, l'accoucheur surtout qui doit savoir les prévenir ou les enrayer à leur début.

L'ophtalmie purulente apparaît généralement le troisième jour de la naissance de l'enfant, quelquefois plus tôt, même immédiatement après l'accouchement, lorsque celui-ci a été particulièrement long ou laborieux. La maladie débute d'ordinaire par un seul œil, rarement par les deux à la fois ; la conjonctive injectée et rouge laisse suinter un liquide jaune citrin ; les paupières déjà gonflées se laissent encore facilement renverser et l'on découvre dans les culs-de-sac palpébraux des traces de pus.

Dès le lendemain, la tuméfaction augmente dans de fortes proportions, le renversement des paupières devient difficile ; la muqueuse plus foncée, boursouflée et dépolie, produit des flots de pus que la pression des doigts fait parfois jaillir à une grande distance.

Alors la maladie arrive à son apogée, le pus moins fluide reste très abondant, l'inflammation gagne la cornée et, de ce côté, il faut craindre les complications. Elles sont plus particulièrement à redouter lorsque le traitement rationnel n'a pas été institué dès le début, dans les cas graves à marche rapide ainsi que chez les enfants chétifs ou nés avant terme.

L'ophtalmie ne présente pas toujours cette forme purulente aiguë ; chez certains enfants, le début est moins brusque, l'évolution plus bénigne ; parfois la maladie est constituée par la présence sur la conjonctive d'une membrane couenneuse grisâtre laissant, lorsqu'on l'enlève, une surface granuleuse et saignante. Ces différences cliniques tiennent, pour une petite part, à l'état général de l'enfant et surtout à un agent pathogène différent.

Il n'est pas douteux, en effet, que l'ophtalmie purulente soit une maladie contagieuse et infectieuse. Cette contagion, des observateurs sagaces du siècle dernier et du nôtre l'avaient proclamée : cependant, elle n'était guère admise et ce n'est qu'en 1879 que le fait fut scientifiquement établi par la découverte du gonocoque de Neisser. Le gonococque est loin de se rencontrer toujours dans le pus de l'ophtalmie, même lorsque celle-ci est d'origine blennorhagique ; en outre, on peut aussi trouver, seuls ou associés, des bacilles courts, des bacilles de Lœffler, des staphylococques et des streptocoques.

La variété de l'agent pathogène ou les associations microbiennes peuvent, avec la résistance variable des sujets, expliquer les variétés cliniques.

Quoi qu'il en soit si, par l'intermédiaire des personnes qui soignent les enfants, l'infection peut venir d'un autre enfant ou des mauvaises conditions du milieu,

(1) Communication à la Soc. méd. du Louvre.

il n'en est pas moins acquis que la plupart du temps les sécrétions vaginales de la mère inoculent directement la maladie à l'enfant pendant l'accouchement, ou mieux, immédiatement après, dès qu'il ouvre les yeux.

Dans ces conditions le traitement de l'ophtalmie purulente sera d'abord préventif, puis curatif dès que les symptômes du début se montreront.

La prophylaxie aura pour objectif d'une part l'asepsie des organes génitaux de la mère et, d'autre part, l'asepsie des yeux de l'enfant. C'est par les injections vaginales antiseptiques que l'on désinfectera la filière génitale. Si ce premier but était toujours atteint, le second le serait par là même ; en réalité on n'est jamais sûr de sa réalisation parfaite et la désinfection des yeux de l'enfant s'impose sans conteste.

Crédé le premier eut le mérite de formuler et de mettre en pratique cette double désinfection. Cependant il faut rendre justice à Gibson qui, avant la découverte de l'agent pathogène, formulait en 1807 d'une façon si nette les propositions suivantes :

« 1° Il faut faire disparaître les flueurs blanches de la mère pendant la grossesse.

2° Si l'on n'y a pas réussi, il faut pendant l'accouchement en débarrasser le vagin.

3° Il faut faire également des lotions des yeux des enfants aussitôt après la naissance, pour empêcher les effets nuisibles du contact des sécrétions vaginales avec les yeux, à l'aide d'un liquide capable de neutraliser l'action nocive de ces sécrétions. »

Pour désinfecter les yeux de l'enfant, Crédé se servit d'abord d'une solution de borate de soude ; il l'abandonna bientôt comme insuffisante pour employer une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, dont il instillait une goutte entre les paupières légèrement écartées. Ce pansement fut d'abord fait après le 1er bain donné à l'enfant ; bientôt on reconnut que le succès dépendait en grande partie de la rapidité avec laquelle la désinfection avait été pratiquée. Aussi Crédé et tous les auteurs, quel que soit leur mode de désinfection, recommandent-ils de la pratiquer sans retard avant même la section du cordon.

Malgré les résultats excellents qui furent obtenus, on peut reprocher à cette méthode des accidents causés par une cautérisation trop énergique ou maladroite et l'on observa de véritables conjonctivites médicamenteuses. Aussi chercha-t-on à substituer au nitrate d'argent d'autres solutions antiseptiques.

En 1881 Olshausen propose la solution phéniquée à 1 0/0 en instillation ; elle se montre inférieure au nitrate d'argent. Il en est de même pour l'acide borique employé à Paris à la clinique d'accouchements.

La même année en 1881, sous l'impulsion du prof. Tarnier, le sublimé détrônait l'acide phénique dans la désinfection des femmes en couches. Cette substitution devait à elle seule abaisser considérablement le nombre des ophtalmies purulentes. Le sublimé devint l'antiseptique par excellence. Cette faveur explique et la pratique de Schroder qui désinfectait les yeux des nouveau-nés en instillant une goutte de solution de sublimé à 1/100, et la méthode de Kaltenbach qui, rejetant tout caustique et tout antiseptique, se contente de laver les yeux avec de l'eau bouillie.

Les résultats de Kaltenbach furent bons et l'eau bouillie paraîtrait suffisante si, comme je le disais plus haut, la désinfection était sûrement parfaite.

Le sublimé à 1/1000 en instillation, en grands lavages à 1/5000, de même que le jus de citron préconisé par le professeur Pinard, tout en donnant des succès, paraît inférieur au nitrate d'argent et, comme lui, sublimé et citron ont parfois des inconvénients.

L'iodoforme employé par M. Valude dès 1891, dans les services de Tarnier et de M. Bar, ne paraît pas passible des mêmes reproches. Finement pulvérisé, il est introduit après lavage des yeux, mais avant si possible la section du cordon, sur le conjonctive et dans les culs-de-sac palpébraux. Sans danger pour l'œil, il y séjourne longtemps et s'élimine lentement neutralisant ainsi les éléments infectieux. Si parfois l'ophtalmie n'est pas absolument conjurée, elle paraît toujours atténuée par l'iodoforme et, après son usage, on n'observerait pas de conjonctivites graves, ni de complications sérieuses du côté de la cornée.

D'un autre côté le moyen est simple, sans dangers, d'une application facile pour tous; aussi lui donnerons-nous la préférence, sauf dans les cas où à la naissance même de l'enfant l'infection paraît déjà faite ou inévitable. Alors il nous semble que l'iodoforme doit céder le pas à la méthode de Credé.

Après la prophylaxie de l'ophtalmie purulente, il reste, pour compléter la question, à parler du traitement curatif et des soins à donner aux accidents consécutifs à l'ophtalmie. Je dois céder la parole aux spécialistes puisque la société a la bonne fortune d'en posséder plusieurs dont l'autorité est grande et la compétence indiscutable.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies de la peau faites à la Faculté de Médecine et à l'Hôpital Saint-Louis (ouvrage couronné par l'Institut de France (Académie des Sciences). Tome second, par le Dr Ern. GAUCHER. C'est pour des raisons indépendantes de notre volonté que nous avons tardé à donner un compte rendu des nouvelles leçons du Dr Gaucher. En 1895 cet auteur avait publié un premier volume contenant les maladies de la peau les plus communes ; aujourd'hui il fait paraître un second volume qui, avec le précédent, constitue un traité complet des maladies de la peau. Ces 2 volumes comprennent à eux deux 76 leçons écrites dans un style attrayant qui fixe l'attention sur les points principaux de chaque sujet ; de plus l'histoire de chaque maladie cutanée est accompagnée de faits

cliniques qui frappent l'esprit mieux que les descriptions les plus savantes et les plus subtiles.

L'auteur commence par l'étude de la kératose pilaire pour faire suite à l'ichthyose qui terminait la première série de leçons. Puis il passe aux maladies propres des poils : aplasie moniliforme, trichorrexis nodosa, trichoptilose, lepothrix, hypertrichose. A propos de cette dernière l'auteur expose en quelques pages tout ce qu'il faut savoir sur la technique de l'épilation par l'électrolyse.

Trois leçons exposent l'histoire des dermatoses hyperchromiques et achromiques; à noter surtout un exposé intéressant de l'acanthosis nigricans ou forme spéciale de mélanodermie cancéreuse, maladie peu connue de la plupart des praticiens, à tort car cette dermatose accompagne presque toujours, sinon toujours, un cancer de l'estomac ou de l'utérus.

Les deux leçons suivantes renferment la description des nævi vasculaires, destélangiectasies, des lymphangiômes et des varices lymphatiques, suivie de notions sur l'électrolyse que l'on trouvera exposées en quelques pages avec le talent habituel de l'auteur.

Puis suivent des leçons sur la sclérodermie, l'éléphantiasis, le mycosis fongoïde, les hypertrophies épidermiques ou kératoses, les hypertrophies épidermo-papillaire (cornes, verrues, papillomes) les tumeurs bénignes de la peau, la chéloïde, le xanthélasma, les tumeurs malignes de la peau (rhinosclérome, sarcomatose cutanée, épithélioma ou cancroïde). A propos de l'épithélioma, le Dr Gaucher insiste sur le traitement qui lui a déjà donné tant de succès et qui consiste dans la destruction de toute la tumeur à l'aide du thermo-cautère ou du galvano-cautère, puis dans l'application sur la surface cautérisée de poudre de chlorate de potasse ou d'une pommade au chlorate de potasse à 6 p. 30.

Quatre leçons consacrées au pityriasis versicolor, au pityriasis rubra et à la dermatite exfoliatrice, enfin au pityriasis pilaris complètent l'étude des grandes dermatoses faite dans le premier volume. Il nous faut citer tout particulièrement la leçon sur le purpura où cette question si difficile est exposée d'une façon magistrale.

Les leçons suivantes renferment les affections des glandes sudoripares, la perlèche, le bouton de Biskra et d'Alep, la lèpre. Cette dernière question exposée en une cinquantaine de pages forme comme un petit traité de la lèpre d'une lecture des plus attrayantes.

Enfin l'auteur termine par deux leçons sur l'étiologie, la pathogénie et la classification étiologique des dermatoses, sorte de synthèse de la dermatologie.

Pour donner une idée de la valeur de l'ouvrage nous ne pouvons mieux faire que de citer la fin de la préface de l'auteur, qui est comme sa profession de foi. « Dans ces nouvelles leçons comme dans les précédentes « j'ai essayé de rattacher la dermatologie à la médecine générale, dont elle n'est qu'une branche, con- « vaincu que c'est au grand détriment de la science et « de la pratique médicale, qu'on favorise aujourd'hui « la création de tant de spécialités restreintes et « de tant de spécialistes sans instruction complète. « J'ai cherché à réagir, dans la mesure de mes for- « ces, contre cet avilissement de la médecine. Que « d'erreurs théoriques on propage et que de fautes « thérapeutiques on commet maintenant, en divisant « le corps humain par tranches, qu'on étudie et qu'on « soigne séparément, sans s'apercevoir que les parties « ne peuvent être bien connues sans une science ap- « profondie de l'ensemble et que l'organisme forme un « tout dont les diverses parties sont solidaires. »

Dr Barbe.

REVUE DE LA PRESSE

Six années de pratique électrothérapique en gynécologie dans le traitement des affections catarrhales des annexes, d'après la méthode du Dr Apostoli, par Mme Kaplan-Lapina. (*Annales d'Electrobiologie*, 15 septembre 1898, p. 583.) — Ce mémoire, très consciencieusement et très honnêtement fait, contient d'abord un exposé très clair des diverses applications électriques en gynécologie d'après la méthode d'Apostoli. L'auteur indique les précautions qu'il faut prendre dans l'emploi de cette méthode, les résultats que l'on peut en attendre et ses principales indications.

Elle cite, à l'appui de ces considérations générales, 16 cas de sa pratique gynécologique d'affections catarrhales des annexes (tous ceux qu'elle a eu à soigner). Pour tous, les résultats ont été des plus satisfaisants. De l'étude de leur ensemble il se dégage les conclusions suivantes :

« 1° — La galvanocaustique chimique, soit intra-utérine, soit vaginale, appliquée suivant la méthode et les indications du Dr Apostoli, est un excellent traitement symptomatique contre les affections annexielles de nature *catarrhale*, compliquées d'endométrite, et contribue puissamment, mais à un degré variable, à leur régression anatomique.

« 2° — Si les affections annexielles suppurées, et en partie les collections kystiques, sont avant tout justiciables de la chirurgie, elles peuvent cependant être quelquefois tributaires de ce même traitement électrique (appliqué dans ce cas à faible dose et avec toutes les précautions exigées en pareille circonstance), pour éclairer un diagnostic douteux et confirmer au besoin la nécessité d'une intervention opératoire.

« 3° — Le traitement électrique approprié sera appliqué, soit à titre de traitement d'épreuve d'électrodiagnostic, soit à titre de traitement curatif symptômatique et de résolutif anatomique, et pourra avoir des conséquences secondaires éloignées très favorables

en facilitant une grossesse ultérieure, comme nous l'avons constaté 9 fois sur les 16 malades que nous avons traitées. »

Troisième note sur le traitement électrique de la neurasthénie chez les hystériques, par MM. Apostoli et Planet. (*Annales d'Electrobiologie*, 15 septembre 1898, p. 573.) — Les auteurs ont déjà montré, dans des travaux antérieurs qui ont été publiés dans les *Annales d'Electrobiologie*, que, contrairement à l'opinion courante, la *franklinisation* peut très avantageusement être employée pour combattre les différents symptômes de l'hystérie. Ils font remarquer tout d'abord que l'on ne saurait toujours attribuer à la suggestion les heureux résultats obtenus : d'abord parce que l'amélioration ne porte pas seulement sur les symptômes les plus apparents qui frappent le plus la malade et son entourage et pour lequel on vient consulter le médecin; mais encore sur des symptômes qui ont passé à peu près inaperçus de la malade et que l'exploration du médecin a sur-le-champ révélés.

MM. Apostoli et Planet montrent dans ce mémoire que, dans certains cas, le traitement franklinien est au début très mal supporté par les malades et que, en présence des phénomènes rationnels auxquels il donne naissance, on serait tenté de l'abandonner. Il faut bien s'en garder cependant, car la tolérance ne tarde pas à se produire et l'amélioration à se manifester. Ces auteurs rapportent, à l'appui de ce conseil, les observations de deux malades qui ont l'une et l'autre manifesté une intolérance très marquée dès le début, mais qui ont commencé à bien supporter le traitement, l'une au bout de la huitième séance, l'autre après la douzième. Toutes les deux ont d'ailleurs guéri.

Des myoclonies en général et de leur traitement par l'électricité, par Destarac (de Toulouse). (*Annales d'Electrobiologie*, 15 sept. 1898, p. 605.) — De même qu'on a fini par englober sous une désignation commune tous les types de myopathie considérés comme les diverses formes d'une seule et même affection, de même pour le *Paramyoclonus de Friedreich*, la *Chorée électrique de Henoch-Bergeron*, le *Tic douloureux de la face de Trousseau* et la *Maladie des Tics*, quelques auteurs, frappés par les traits de ressemblance existant entre ces divers états et par les formes de transition qui les relient entre eux, ont proposé de les désigner sous le nom collectif de *Myoclonies*.

Les Myoclonies sont-elles le produit de la dégénérescence (Raymond) ou de l'hystérie (Pitres)?

Le diagnostic différentiel sera le plus souvent impossible, mais peu importe au point de vue pratique; il suffit de savoir que dans les deux cas les accidents deviennent incurables si on les abandonne à eux-mêmes. De là l'indication de traiter tous les cas sans distinction et aussi près que possible de leur début. Si le pronostic des Myoclonies est aussi sombre pour certains auteurs, c'est qu'on a coutume d'envisager la forme la plus grave : la maladie des tics confirmés et les tics simples enracinés grâce à un traitement mal approprié ou à la négligence des malades.

D'ailleurs la chorée électrique n'est-elle pas toujours curable et le paramyoclonus ne cède-t-il pas admirablement à la galvanisation?

Pour les autres formes l'auteur croit à l'efficacité du traitement électrique (galvanisation, souffle électrique), efficacité qu'il place en dehors et au-dessus de toute suggestion. Il rapporte de nombreux exemples de guérisons empruntés à sa pratique personnelle et à divers auteurs.

Il insiste sur la nécessité d'instituer le traitement dès l'apparition des accidents et se demande si on ne peut pas espérer enrayer ainsi les formes considérées comme les plus graves.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 octobre 1898. — Présidence de M. Van Tieghem.

Recherches physiologiques sur la contraction du sphincter ani. — MM. S. Arloing et Edouard Chantre.

Sur la transformation de la graisse par oxydation directe. — M. M. Hanriot. La note publiée par M. Bouchard, (Voir *France médicale* n° 41, page 648) me conduit à faire connaître les résultats de quelques expériences que j'avais entreprises en 1895, précisément dans le but de constater si l'oxydation directe des graisses ne donnerait pas lieu à du sucre, à du glycogène ou à des corps réducteurs, que l'on pourrait ensuite retrouver dans le sang. Les résultats obtenus n'ont pas été conformes à mes prévisions, et j'ai bientôt reconnu que, dans l'organisme, les graisses ne sont point *directement* oxydées; toutefois, je crois que ces expériences, quelque incomplètes qu'elles soient, peuvent élucider le mécanisme de l'augmentation de poids observée pendant le jeûne.

J'ai d'abord cherché à provoquer l'oxydation de la graisse à l'air, soit en la mélangeant avec du noir de platine, soit en l'additionnant d'une oxydase (laccase); dans les deux cas le résultat a été entièrement négatif.

J'ai disposé alors, dans un tube en U, 1 gr. 371 de graisse bien neutre, purifiée par dissolution dans la benzine et agitation avec la potasse, et j'ai fait passer sur cette graisse réduite en couche mince un courant d'ozone. L'absorption a été considérable. Au bout de six heures, elle était de 0 gr. 203, soit environ de 15 p. 100 du poids de la graisse; douze heures après, l'absorption totale était de 0 gr. 235 et le poids n'augmentait plus quand on continuait le courant d'ozone. Mais il suffit de fondre la graisse sur le tube même pour renouveler les surfaces et absorber de nouveau un peu d'ozone. Au bout de cinquante heures environ, j'ai pu fixer 0 gr. 312, soit près de 23 p. 100 du poids de la graisse mise en expérience. Le poids d'oxygène fixé sur le corps gras est même certainement plus fort, car il se dégage de petites quantités d'acide carbonique que j'ai reconnu qualitativement, mais que je n'ai pu mesurer à cause de la difficulté de faire un joint convenable résistant à l'ozone.

Dans une seconde expérience, poussée moins loin, j'ai fixé sur 8 gr. 3 de graisse, 1 gr. 2 d'ozone.

Quelle est la nature des produits formés ? Sous l'action de l'ozone, on voit la graisse se recouvrir d'une pellicule blanchâtre, insoluble dans l'éther et dans l'eau, et dont j'ai recueilli environ 0 gr. 02. Ce corps est neutre, ne se colore pas par l'iode et ne se dissout ni dans les acides ni dans la liqueur de Schweizer. Il ne réduit pas non plus la liqueur de Fehling ; ce n'est donc ni de l'amidon, ni de la cellulose comme je l'avais supposé d'abord. La petite quantité que j'en ai obtenu ne m'a pas permis d'en faire l'analyse élémentaire.

La graisse, débarrassée de ce produit par l'éther, cède peu de chose à l'eau ; celle-ci n'est aucunement réductrice. J'y ai toutefois constaté nettement l'acide acétique par ses réactions avec le perchlorure de fer et avec l'acide arsénieux ; mais, je n'ai pu y trouver trace d'acide oxalique, que j'ai cependant spécialement recherché.

Enfin, le résidu insoluble dans l'eau s'est en partie dissous dans la potasse, et l'addition d'un acide a reprécipité une petite quantité d'acides huileux, vraisemblablement des acides gras (butyrique, caproïque), etc., mais le peu de matière que j'avais à ma disposition ne m'a pas permis de tenter la séparation de ces acides.

En résumé, j'ai constaté que les graisses peuvent fixer une quantité relativement considérable d'oxygène sous sa forme active. Ceci vient donc à l'appui de l'hypothèse de M. Bouchard, que l'augmentation de poids qu'il a constatée provient de la fixation d'oxygène sur les graisses. Mais je n'ai pu constater, contrairement à ce que je supposais moi-même, la formation d'aucun corps réducteur, ni sucre, ni amidon, ni cellulose, pas plus que d'acides formique ou oxalique. Les produits de cette oxydation sont donc principalement formés d'acides gras dont l'un, l'acide acétique, a été constaté directement, la présence de l'acide butyrique étant également fort probable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre 1898. — Présidence de M. Jaccoud,

Rapport. — M. Charpentier lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours des prix de l'hygiène de l'enfance.

M. Albert Robin lit le rapport annuel sur l'exercice des eaux minérales pendant l'année 1897.

M. Richelot lit le rapport sur le concours du prix Laborie.

Mort de M. Barrallier. — M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Barrallier, de Toulon, correspondant de l'Académie depuis 1887.

Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de sérum gélatineux. — M. Huchard. Dans l'avant dernière séance, à propos de la communication de M. Lancereaux, j'ai cité un cas personnel favorable, mais j'ai fait des réserves au sujet des accidents possible de cette méthode thérapeutique. Une observation de M. Boinet, de Marseille, que je dépose sur le bureau, vient à l'appui de cette opinion. Dans ce cas les injections ont provoqué un rétrécissement de l'artère pulmonaire et de la tuberculose pulmonaire consécutive. Il est vrai que la tuberculose compliquant les anévrysmes de l'aorte a déjà été signalée par Hanot; cette observation n'est donc pas très concluante.

Dans une observation de M. Barth, après la seconde injection, la température dépassa 40° et un énorme abcès se forma au niveau de la piqûre. Le 3 janvier la malade est prise d'accidents graves, tombe dans un état demi-comateux et succombe dans le collapsus. A l'autopsie on constate que l'anévrysme occupe la crosse de l'aorte dans toute son étendue. Les caillots offrent une épaisseur qui va par places à 4 centimètres. Les caillots durs et résistants se prolongent dans le tronc brachio céphalique, la carotide primitive et la sous-clavière gauche.

Dans mon observation personnelle, la température s'élevait après chaque injection ; les injections, il est vrai, étaient faites trois fois par semaine, ce qui est beaucoup trop fréquent. La coagulation produite par les injections gélatineuse est rapide et ne laisse pas à la circulation collatérale le temps de se produire.

L'observation de M. Barth montre l'inconvénient des solutions trop concentrées, il faut se contenter de la solution à 1 0/0, d'autre part, chez cette malade il y a eu obstruction brusque de la carotide gauche restée seule perméable. Il est bon d'être prudent en présence de ces faits qui montrent la puissance coagulante du sérum gélatineux,

Traitement général des pied-bots paralytiques (paralysie infantile) et en particulier par la greffe anastomotique musculo-tendineuse. — MM. Péraire et Mally se préoccupent uniquement des pieds bots consécutifs à la paralysie infantile chez les enfants et les adolescents.

La première période du traitement doit être l'expectation armée des agents physiques (massage, électricité statiques), et les traitements d'ordre général (alimentation, balnéation salée, etc.). Au moyen de l'exploration électrique, on analysera soigneusement l'état fonctionnel, et l'on pourra définir parmi les muscles atrophiés ceux qui sont irrémédiablement perdus par suite de myélite, et ceux qui ne sont frappés que d'arrêt de développement. Tous les pieds bots sauf l'équin direct de compensation sont dus à une paralysie limitée à quelques-uns des muscles de la jambe et du pied, un certain nombre restant sains. Cette paralysie partielle et irrégulièrement distribuée est précisément la cause principale (non la seule) de l'attitude vicieuse du pied.

Aussitôt que la chose est possible, on cherche, en anastomosant les tendons des muscles paralysés à ceux des muscles restés sains convenablement choisis, à restaurer en partie l'équilibre fonctionnel du pied.

Dans 6 cas, les auteurs ont pu anastomoser par un procédé simple d'avivement et de suture le tendon du jambier antérieur à celui de l'extenseur propre du gros orteil (3 fois), les tendons péroniers au tendon d'Achille (2 fois), le jambier antérieur au tendon d'Achille (1 fois), avec un succès satisfaisant. La marche est très améliorée, et les enfants peuvent marcher sans le secours d'appareils orthopédiques. L'opération a été réalisée 4 fois avec l'anesthésie locale à la cocaïne, deux fois au chloroforme.

Vingt-trois splénectomies. — M. Thomas Jonnesco, professeur à l'Université de Bucarest. Depuis 1896, j'ai pratiqué 23 fois l'extirpation de la rate, dont une fois pour un énorme kyste hydatique et 22 fois pour l'hypertrophie malarique. L'âge des opérés a varié entre 12 et 62 ans. La rate était mobile dans 3 cas, fixe et adhérente dans les autres. — L'état général des malades était bon dans 4 cas ; dans les autres, il y avait une anémie accentuée et chez 5 il existait une cachexie profonde avec œdème des

membres ascite et diminution très marquée du nombre des globules rouges du sang. Les rates enlevées pesaient entre 850 et 5.750 grammes. Un seul opéré a succombé du fait de l'opération par hémorrhagie secondaire, sept autres ont succombé, soit à cause de leur état général trop mauvais (purpura, leucémie), soit à des complications tardives et indépendantes de l'extirpation de la rate. L'opération a toujours eu des effets curatifs excellents : disparition de la cachexie, relèvement rapide du taux des globules rouges du sang, disparition des signes de l'intoxication palustre. La toxicité urinaire a toujours diminué après l'opération, sauf quand une complication passagère et fébrile (congestion pulmonaire) a empêché momentanément l'hypotoxicité urinaire post-opératoire de se produire. Ainsi se trouve confirmé le fait que j'ai indiqué le premier, à savoir : l'hypotoxicité urinaire après l'extirpation de la rate. Les excellents résultats curatifs obtenus par l'enlèvement de la rate chez les paludiques me confirment l'opinion que j'avais émise et qui se trouve d'accord avec celle de M. Laveran, à savoir : que la rate, au lieu de constituer un organe protecteur contre l'infection palustre, est un réceptable de l'hématozoaire, d'où celui-ci est jeté dans le torrent sanguin ; donc enlever la rate, c'est supprimer le foyer principal de l'infection palustre et guérir celle-ci.

Aussi je n'hésite pas à proposer la splénectomie précoce chez les paludiques, pour éviter la production des adhérences profondes et la cachexie, qui rendent l'intervention tardive plus grave. La leucémie seule constitue une contre-indication absolue à la splénectomie.

A 4 heures 45, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 octobre 1898. — *Présidence de* M. Sevestre.

Du réflexe du tendon d'Achille dans le tabes. — M. J. Babinski. Il y a deux ans, j'ai attiré l'attention de la Société médicale sur l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique et j'ai soutenu que ce signe, attestant l'existence d'une affection organique du nerf, permettait de distinguer la véritable sciatique ; cette opinion a été confirmée depuis par plusieurs auteurs.

Il est logique d'admettre *a priori* que ce signe est susceptible d'apparaître dans toutes les variétés de névrite, quelle qu'en soit la cause, que la lésion se trouve située à la périphérie du nerf ou à son origine, et aussi dans le tabes, quand cette affection atteint les racines du sciatique, mais l'observation seule peut fournir à cet égard des notions exactes.

Je dois dire tout d'abord qu'à l'état normal ce réflexe me paraît faire défaut aussi rarement que le réflexe rotulien, si l'on a le soin de le rechercher le sujet étant placé à genoux sur un siège.

Envisageant spécialement dans le tabes le réflexe du tendon d'Achille et ses relations avec le réflexe rotulien, je diviserai les tabétiques que j'ai observés en plusieurs catégories. A la première, la plus nombreuse, appartiennent les tabétiques chez lesquels les deux réflexes sont abolis des deux côtés.

Je range dans la deuxième catégorie les cas dans lesquels, de part et d'autre, il y a trouble, mais non abolition complète du réflexe ; ces cas sont, du reste, variés ; dans l'un les deux réflexes seront abolis d'un côté et conservés du côté opposé, dans un autre le trouble sera croisé.

De la troisième catégorie font partie les malades dont le réflexe rotulien est aboli ou troublé et le réflexe du tendon d'Achille normal.

Enfin, la quatrième catégorie se compose des cas où, le réflexe rotulien étant normal, le réflexe du tendon d'Achille est aboli ou troublé.

Mes observations me conduisent à cette opinion que l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille a une aussi grande importance pour le diagnostic de tabes que le signe de Westphal. Chez la plupart des tabétiques il y a une perturbation dans les deux réflexes ; dans les cas assez rares où un seul des réflexes est atteint, il s'agit aussi souvent d'une perturbation dans le réflexe du tendon Achille que dans le réflexe rotulien.

Il est vraisemblable que ce signe aurait été constaté, s'il avait été recherché, au moins dans quelques-uns des cas de tabes avec conservation du réflexe rotulien qui ont été publiés jusqu'à présent.

De ce qui précède il résulte qu'il y a intérêt en neurologie à rechercher systématiquement le réflexe du tendon d'Achille.

Déformation du thorax dans la paralysie du muscle grand dentelé. — M. Souques présente deux malades, atteints de paralysie unilatérale du muscle grand dentelé, qui offrent une déformation particulière du thorax. Cette déformation n'apparaît du côté paralysé — et exclusivement de ce côté — que dans l'élévation volontaire du bras correspondant.

Elle est essentiellement caractérisée par une asymétrie portant sur la région axillaire et sur la paroi thoracique proprement dite.

Le creux de l'aisselle est diminué de profondeur ; sa paroi postérieure a, pour ainsi dire, disparu et se confond avec la paroi interne qu'elle prolonge en arrière. Cette difformité résulte du *scapulum ælatum*.

La moitié du thorax, du côté de la paralysie, présente les troubles suivant : élargissement de la paroi antérieure plus marqué dans l'élévation du bras en avant que dans son élévation en dehors ; modification de la ligne latérale, qui prend la forme d'un S à boucles très ouvertes ; rétrécissement de la paroi postérieure ; dilatation générale de la cage thoracique, surtout latéralement, avec voussure à convexité externe ; enfin, élévation modérée de la moitié homologue du thorax.

Les facteurs de cette difformité de la paroi thoracique sont, d'une part, l'existence de l'omoplate ailée, et, d'autre part, l'état paralytique du muscle grand dentelé et l'action vicariante exagérée des muscles inspirateurs accessoires.

Perforation tuberculeuse du palais. — M. Du Castel présente les pièces anatomiques d'une perforation tuberculeuse du voile du palais observée chez un homme de quarante-deux ans, dans les derniers temps de sa vie et d'une tuberculose pulmonaire. A première vue, on crut à une perforation syphilitique typique, mais la nature tuberculeuse de la perforation fut confirmée par les signes cavitaires de tuberculose pulmonaire, et par la présence de granulations tuberculeuses autour de la perforation, puis par l'examen bactériologique. Il n'y avait, du reste, aucun stigmate de syphilis et le malade affirmait n'avoir jamais eu la vérole.

Les perforations tuberculeuses du voile du palais sont excessivement rares. Peut-être même n'en existe-t-il pas une seule observation bien authentique dans la science.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 octobre 1898. — Présidence de M. JULLIEN.

Le PRÉSIDENT donne la parole au secrétaire annuel pour la lecture du procès-verbal de la dernière séance. Le procès-verbal est lu et adopté.

Le secrétaire général donne lecture de la correspondance qui comprend :

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE : les journaux et revues habituels et une revue bibliographique autrichienne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE : 1° lettres de MM. de Christmas et Pellier notifiant leur changement de domicile ; 2° Lettre de M. Bianchi s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; 3° Lettre de M. Dhomont remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;

4° Lettre de M. le ministre du Commerce, invitant la Société à indiquer la nature des objets qu'elle compte exposer et l'emplacement qui lui sera nécessaire à l'Exposition universelle de 1900.

Sur la proposition du Président, la Société décide de nommer une commission qui sera chargée des démarches à faire dans ce but. Sur la proposition de M. Ladreit de Lacharrière, la Société désigne les membres de son bureau comme membres de cette commission.

M. JULLIEN, vice-président, donne lecture à la Société de la lettre de condoléance qu'il a adressée à Mme Fraigniaud au lendemain de la mort de notre très regretté collègue.

Paris, le 14 octobre 1898.

« Madame,

Le deuil qui vous a frappée atteint aussi notre Société et le vice-président se fait l'interprète de tous en venant à son tour vous exprimer sa condoléance.

Notre collègue nous était cher ; nous estimions son caractère, sa science et nous lui étions reconnaissants de nous rester attaché.

Jusqu'au dernier jour il fut des nôtres, non seulement par sa présence, mais encore par ses contributions actives et laborieuses.

Notre regret est grand de n'avoir pu l'accompagner à sa dernière demeure et lui rendre les honneurs que lui devait notre vieille compagnie ».

Mme Fraigniaud a adressé la carte suivante à M. Jullien :

« Madame Léon Fraigniaud a été touchée des témoignages de sympathie pour son grand chagrin, ainsi que des sentiments de regret et d'estime pour celui qui n'est plus, envoyés par les membres de la Société de médecine de Paris. Elle prie M. le Dr Jullien d'être son interprète auprès d'eux pour leur en exprimer sa reconnaissance. »

M. DE BEAUVAIS présente à la Société deux planches radioscopiques du crâne de deux criminels ayant reçu des projectiles dans la tête.

M. LADREIT DE LACHARRIÈRE. La communication de M. de Beauvais est intéressante à plus d'un titre. Elle montre, comme on l'a observé souvent, que les balles de revolver pénètrent peu profondément quand le coup est tiré à bout portant.

Comme M. de Beauvais le rappelle, j'ai trouvé chez un criminel, qui s'était tiré deux coups de revolver dans le méat auditif, deux balles qui étaient restées à la surface du temporal. On hésitait à croire à leur présence à cause du peu de dégâts qu'elles avaient produit.

Chez les deux prévenus en observation par M. de Beauvais, les épreuves radiographiques montrent que les balles se sont incrustées dans les régions de la face et du temporal.

Elles ne provoquent ni infirmité ni douleur ; une intervention chirurgicale pour les extraire ne paraît donc ni urgente ni nécessaire.

M. JULLIEN demande si l'on a appliqué à ces malades la méthode de recherche des projectiles intra-crâniens de M. Contremoulins.

M. DE BEAUVAIS répond que cette méthode d'investigation clinique n'a pas été appliquée.

M. MARTHA lit la note suivante :

Je viens offrir à la Société de la part du Dr Roulland (de Niort) différents travaux : « Les abcès multiples chez les nourrissons. — Troubles nerveux consécutifs à la suppression brusque par le curetage d'hémorrhagies utérines prolongées. — Des folies dites cardiaques. — De l'ulcère de l'estomac, laparotomie, guérison. — La folie brigthtique. — A propos de quelques faits de paralysies des nouveau-nés. — Du traitement palliatif des cancers de l'utérus par le carbure de calcium. » Ce dernier travail, d'un grand intérêt, mérite toute votre attention ; car vous savez combien nous sommes malheureusement désarmés dans cette terrible affection. Le carbure de calcium ne guérit pas ; mais il soulage la malade d'une façon très remarquable. M. Roulland, ancien interne des hôpitaux de Paris, serait heureux de faire partie de notre société comme membre correspondant national.

M. Jullien remercie au nom de la Société M. le Dr Roulland (de Niort) et nomme une commission chargée d'examiner la candidature de M. Roulland. Cette commission est ainsi composée : MM. Pellier, Mouzon, Martha rapporteur. — M. Roulland est invité à adresser à la Société une lettre officielle de candidature.

M. GRASSET lit une communication sur la Pulmothérapie (*sera publiée*).

M. BESNIER a employé la méthode de M. Grasset sur une dizaine de malades, tous phtisiques au deuxième et au troisième degré, qui prirent avec plaisir la solution. Celle-ci parut leur faire grand bien pendant dix jours : ils ne toussaient plus ni ne souffraient et crachaient moins. L'amélioration malheureusement ne persistait pas et M. Besnier fut obligé de revenir au traitement classique. Il se promet cependant d'expérimenter à nouveau la méthode.

M. GRASSET pense que la persévérance dans le traitement est une des meilleures garanties du succès. Evidemment elle ne saurait lutter avec le sanatorium.

M. JULLIEN serait heureux que M. Grasset indiquât à la Société la préparation du médicament.

M. GRASSET promet satisfaction à M. Jullien. Il rédigera une note à cet effet.

M. Jullien s'informe de la dose quotidienne du médicament qu'il faut administrer.

M. Grasset répond qu'elle est d'une cuillerée à bouche par jour, cette cuillerée à bouche équivalant à 2 gr. 50 de poumon frais.

M. Tissier rappelle qu'il y a 50 ans, la pharmacie Labarraque vendait un sirop de mou de veau, sorte de macération opiacée, que les malades prenaient aisément et dont ils se trouvaient bien. L'impossibilité de conserver cette préparation, qui fermentait facilement, la fit abandonner.

M. de Beauvais se souvient qu'en 1818, son père, pharmacien à Paris, préparait un sirop et une pâte à base de mou de veau. D'ailleurs le successeur de M. de Beauvais continue à préparer cette pâte et ce sirop.

M. Brossard demande à M. Grasset quelle quantité de poumon est traitée par un litre de sérum artificiel.

M. Grasset. Un kilog. de poumon est mis à macérer dans un litre de sérum : on étend, après macération, la préparation d'un litre de glycérine. Les sirops dont parlaient M. de Beauvais et M. Tissier étaient des sirops bouillis, préparés à chaud et ayant perdu de ce fait toutes leurs qualités organiques. Il faut avoir grand soin de ne préparer qu'à froid ces macérations de poumon.

M. Jullien. Toute autre médication fut-elle supprimée chez les malades que M. Grasset traita par son procédé?

M. Grasset. Oui, dans tous les cas cependant l'aérothérapie fut jointe à la pulmothérapie.

M. Onimus lit la communication suivante :

Crachements de sang et hémorrhoïdes après ovariotomie

Nous avons eu l'occasion d'observer presque en même temps, chez deux femmes qui avaient subi l'ovariotomie, des phénomènes pathologiques qui ne peuvent être dus qu'à l'absence d'ovaires, et par suite de la suppression des règles.

Chez l'une d'elles, âgée de 35 ans, il y avait eu pendant trois ans après l'opération un état général satisfaisant, mais peu à peu il est survenu des malaises, des étouffements des bouffées de chaleurs et enfin des congestions du côté du bas-ventre.

Ces congestions se sont localisées dans la vessie et il s'est établi une cystite des plus intenses et des plus douloureuses. Non seulement les besoins d'uriner étaient fréquents, mais la malade rendait même du sang par les urines.

Après plusieurs mois de souffrance, la cystite s'est calmée et cela à partir du moment où il y a eu des hémorrhoïdes fluentes. Par la suite et actuellement, toutes les 4 à 5 semaines, les douleurs reparaissent, et elles ne se calment que si les hémorrhoïdes saignent ou bien selon ma prescription, par l'application de sangsues.

Chez la seconde femme, âgée seulement de 24 ans, l'ablation des ovaires avait été faite, il y a trois ans, et cela pour des douleurs névralgiques intenses de l'ovaire. A partir de cette époque, sauf les premières semaines après l'opération, elle ne s'est jamais bien portée. Les douleurs avaient disparu, il est vrai, lentement, mais il était survenu des crises nerveuses et, de plus, ce qui l'a beaucoup inquiétée, elle a eu des crachements de sang. Ces crachements de sang ont eu lieu à 4 époques différentes, distantes chacune de 5 à 7 semaines. Chaque fois avant ces crachements de sang, il y avait des malaises et des bouffées de chaleur. Après les crachements de sang, l'état général devenait meilleur et cette circonstance, plus que tous les raisonnements, m'ont permis de persuader la malade qu'elle n'était pas phtisique. D'ailleurs ni à la percussion, ni à l'auscultation, les poumons ne présentent la moindre lésion.

Ces deux observations n'ont qu'un intérêt, celui de montrer que chez les femmes, la suppression des règles par l'ablation des ovaires, les met dans des conditions souvent aussi fâcheuses que si cette suppression avait lieu pathologiquement. Les pertes de sang mensuelles, qui sont l'état normal des femmes, sont une chose utile à leur organisme et tellement indispensable que si elles n'ont plus lieu par les organes spéciaux, elles se font par d'autres procédés.

N'est-ce pas là une des raisons qui, chez beaucoup de femmes, quelques mois après l'ovariotomie, amènent un état général moins satisfaisant et une série de congestions sur divers organes?

Dans tous ces cas, les émissions sanguines sont absolument indiquées. Nous avons déjà signalé que la congestion qui se portaient chez un de ces malades, du côté de la vessie étaient diminuées par l'application de sangsues. Dans le cas d'hémoptysie, nous n'aurions pas hésité à pratiquer une saignée, si les crachements de sang avaient persisté. Nous avons conseillé, dans tous les cas, de faire une légère émission de sang, dès que les phénomènes précurseurs se manifestaient. Nous croyons même qu'il serait utile de faire chez ces deux malades, et en général chez toutes les femmes qui ont subi une opération de ce genre, des saignées de temps en temps. Malheureusement cette médication, si employée autrefois, a été tellement décriée, qu'il est difficile de la faire accepter. On a enseigné sur tous les tons, qu'il fallait conserver son sang, que ce sont les saignées qui ont anémié la génération actuelle, que le public a une peur trop grande de toute émission sanguine.

Cependant, la perte de sang que subissent les femmes bien réglées se répare rapidement et même, plus les menstrues sont abondantes pendant deux jours, plus l'état général est satisfaisant. La femme doit pour se bien porter avoir des règles assez abondantes, et si elle ne les a pas, ou ne les a plus, il faut tâcher de les remplacer.

La conclusion de ces faits apparaît d'elle-même, et elle peut se résumer en ces mots un peu pompeux, c'est que jamais la nature ne perd ses droits. La chirurgie supprime des organes et des fonctions, et peu à peu la nature cherche à rétablir ces fonctions, et c'est alors aux médecins à intervenir, à guérir ou du moins à atténuer l'état anormal créé par la chirurgie.

M. Sibut rappelle qu'il a déjà communiqué à la Société une observation semblable. Il s'agissait d'une ovariotomisée qui, chaque mois et à la date de ses anciennes périodes, souffrait d'une violente congestion amygdalienne. Récemment il a eu à donner des soins à une jeune femme de 35 ans, hystérectomisée depuis huit mois et qui le consultait pour de violents maux de tête. Ces douleurs céphaliques insupportables étaient rapportées par la malade à un rhume de cerveau purement suggestif. Se mouchant fréquemment et violemment elle déterminait de légères épistaxis. Ces congestions céphaliques étaient périodiques et coïncidaient avec la date des anciennes règles. La thérapeutique restait à peu près impuissante. La malade

depuis ne souffre plus de ces accidents : mais elle a des hémorrhoïdes qui saignent chaque mois.

M. Antonelli. On peut signaler, parmi les accidents hémorrhagiques survenant à cause de la suppression des règles, les *hémorrhagies profuses dans le vitré*, dont le pronostic est plus ou moins sérieux. A part les chorio-rétinites, compliquant parfois les troubles des organes génitaux chez la femme, ou bien la ménopause, les hémorrhagies du fond de l'œil peuvent être *primaires*, par simple rupture des vaisseaux rétiniens, qu'il y ait ou non, en même temps des épistaxis.

M. Tissier pense qu'il n'y a pas lieu de s'étonner de ces hémorrhagies supplémentaires post-ovariotomiques qui doivent être rapprochées de certains accidents qui éclatent au moment de la ménopause chez les non-opérées.

M. Bouloumié. Les manifestations goutteuses de types divers éclatent chez les ovariotomisées bien avant la ménopause, date ordinaire de leur apparition. Il se rappelle un cas qui fut accompagné d'hématurie. Ce sont en somme des lésions congestives de tous les organes. Comme le dit M. Onimus, souvent malade et médecin tireraient grand bénéfice de la saignée. Ce qu'il faudrait surtout, ce serait engager et aider les chirurgiens à faire suivre un traitement préventif et rationnel pendant les 3 ou 4 ans qui suivent l'opération.

M. Jullien. Ces faits sont de même ordre que les nombreux troubles signalés chez les femmes châtrées : ils permettront peut-être d'éclaircir le mystère physiologique des règles. A ce sujet M. Onimus pense-t-il, comme Charrin, que les règles soient une expulsion naturelle de toxines?

M. Onimus ne se prononce pas sur la question. Toutefois mieux une femme est réglée mieux elle se porte.

M. Sibut rappelle les expériences qui amenèrent Charrin à conclure à la toxicité du sang menstruel, les règles n'étant qu'une évacuation naturelle en quelque sorte providentielle de toxines organiques.

La séance est levée à 5 h. 20. *Le secrétaire annuel*,
Sibut.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PEDIATRIE

2e session

Tenue à Marseille, du 8 au 15 octobre 1898.

Traitement des grossesses extra-utérines

FIN DU RAPPORT DE M. SEGOND (1)

II. **Traitement des grosseses ectopiques de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée, soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus.** — A. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, compliquées d'hémorragie par rupture ou de péritonite suppurée. — L'hémorragie par rupture commande ici, comme pour les grossesses plus jeunes, la laparotomie d'urgence. L'extériorisation du kyste doit être tentée, mais les difficultés de l'hémostase exigent souvent des interventions plus complètes et notamment l'ablation complète du placenta. A son tour, la péritonite suppurée ne fait que précipiter l'urgence de la laparotomie sans modifier beaucoup la nature de l'intervention.

B. **Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois avec fœtus mort.** — 1° *Grossesse avec mort récente du fœtus.* — Elle est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant, au point de vue des complications hémorragiques à redouter. Sauf urgence, il est donc prudent d'attendre que la circulation inter-kysto-placentaire soit ralentie et de reculer l'intervention, à cette condition, toutefois, que le retard ne dépasse jamais six semaines. Il importe, en effet, beaucoup de ne pas attendre le retour des règles et les menaces de rupture par hyperdistension kystique dont elles sont généralement le signal. La même similitude se retrouve dans le traitement : l'élytrotomie doit être repoussée. Les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs que, abstraction faites des trois exceptions déjà citées (grossesse tubaire, dépassant le cinquième mois sans rupture et offrant une énucléabilité relativement facile ; hémorragie par décollement placentaire ; absence de sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta.

2° *Grossesse avec fœtus mort depuis plus longtemps.* — L'élytrotomie reprend ses droits et devient une bonne opération, quand le kyste fœtal plonge assez fortement dans l'excavation pour être franchement abordable par le vagin et quand le placenta n'est pas inséré à sa face inférieure. L'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de choix dans la majorité des cas, et ses résultats sont d'autant meilleurs que l'ablation du placenta est ici très indiquée. L'extirpation partielle du sac peut être faite quand les adhérences ne s'y opposent pas. Avec ce qui reste de cette membrane, il faut alors faire un sac de dimension minimum, dont on assure le drainage par une contre ouverture vaginale. Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture de la paroi abdominale, et d'éviter les éventrations consécutives.

Ce dernier procédé peut être employé en cas de fœtus libre dans la cavité abdominale, alors que le sac est réduit à ce qui enveloppe le placenta. Mais, en général, en cas de fœtus libre, il vaut mieux enlever le placenta et tout ce qui l'enveloppe, de manière à faire une toilette pelvienne aussi complète que possible. Lorsqu'elle est tout à fait satisfaisante, on peut, à la rigueur, fermer complètement la paroi abdominale, sans drainage.

Lorsque le fœtus est dans un sac complet, l'extirpation totale du kyste est plus souvent permise ici qu'avec un fœtus vivant ou mort récemment. Mais ses indications n'en demeurent pas moins exceptionnelles. Quant à la castration utéro annexielle abdominale totale, c'est, dans le cas particulier, une grosse et grave opération dont les indications, tout à fait restreintes, se résument de la manière suivante : elle doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels une ablation de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-intestitiel de la grossesse ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant sont, à

(1) Voir *France médicale*, n° 42, p. 670.

leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident, ou suppuré.* — Un vieux kyste fœtal n'a de spécial que son ossuaire et les manœuvres particulières d'extraction que celui-ci nécessite. Il peut se compliquer de lésions péritonéales suppuratives exigeant la laparotomie d'urgence, et celle-ci se termine suivant les cas, par une extirpation totale, ou par une ablation incomplète avec drainage consécutif. En général, c'est le kyste fœtal qui constitue tout le mal, et trois cas peuvent se présenter. Tantôt le kyste a les mêmes allures qu'une tumeur annexielle relativement mobile. Il est alors justiciable des indications opératoires spécifiées à propos du traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort depuis longtemps. Tantôt le kyste vient s'offrir de lui-même au bistouri, soit par un plastron abdominal, soit en bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux. Tantôt enfin, on se trouve en présence d'un kyste spontanément ouvert au niveau de l'abdomen, dans le vagin, dans le rectum ou dans la vessie. Dans les deux premiers cas, leur incision n'est que l'agrandissement de la fistule préexistante. En cas de fistule rectale, il faut, sans exception, se garder de la mettre à contribution et inciser largement par l'abdomen ou le vagin. Quant aux kystes ouverts dans la vessie, ils peuvent s'évacuer par l'urètre lorsqu'ils contiennent de très petits fœtus morts avant le cinquième mois; mais les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complexes, telles que leur mise à jour par cystotomie ou laparotomie.

La dyspepsie chez les collégiens. — M. Paul Le Gendre, médecin de l'hôpital Tenon. La fréquence de la dyspepsie et des diverses espèces de troubles digestifs de sept à dix-huit ans a conduit le rapporteur à une enquête sur le lien qu'il peut y avoir entre ces troubles digestifs et le mode d'alimentation des établissements scolaires; c'est cette enquête dont il va nous faire connaître les résultats, enquête qu'il a poursuivie grâce à un questionnaire soumis aux directeurs d'un grand nombre de maisons d'éducation.

Il y a eu divergence de vues et diversité des réponses, suivant qu'elles venaient de praticiens âgés ou de confrères plus jeunes, qui ont su bénéficier des réeents travaux de Bouchard et Hayem sur les dyspepsies.

Les troubles digestifs aigus, dont l'indigestion est le type, sont presque exclusivement imputables aux familles et sont la conséquence des écarts de régime commis hors du collège.

M. Le Gendre entend par dyspepsie l'ensemble des troubles de la fonction digestive, comprenant les troubles de la motricité, de la sensibilité, de la vascularisation, des sécrétions du tractus gastro-intestinal avec leurs conséquences directes et prochaines, médiates et lointaines.

Il y a d'abord les dyspeptiques qui souffrent et attribuent d'eux-mêmes leur souffrance à une digestion incorrecte; ce ne sont pas les plus nombreux : cas de dyspepsie atonique et flatulente.

Bien différents sont les cas d'hyperchlorhydrie ou d'hyperpepsie souvent méconnus chez l'enfant; il y a production de crises gastriques coincidant avec les périodes de concours, d'examens, jeux trop violents.

Bien plus nombreux sont les enfants des deux sexes qui, ne se croyant pas incommodés dans leur digestion, se plaignent de certains troubles nerveux : douleurs de tête, lassitudes douloureuses avec inaptitude au travail, teint jaunâtre, albuminurie intermittente, poussées d'acné. On relève chez eux certains troubles dyspeptiques dont ils n'ont pas conscience : hoquets, soif incessante, besoin d'élargir les vêtements après le repas, garde-robes rares. Leur langue est sale, leur pharynx irrité et granuleux, leur estomac clapote ; la faiblesse des muscles droits et obliques est nette.

La nature mal choisie des aliments entre pour beaucoup dans la perturbation digestive, car les besoins nutritifs d'un organisme en croissance sont autres que ceux d'un organisme adulte.

D'après Uffelmann, les quantités suivantes sont nécessaires par jour :

	8 à 9 ans	12 ans	15 ans
Albumine.....	60	72	79
Graisse.....	44	47	48
Hydrates de carbone.....	150	225	270

Le rapporteur trouve insuffisante la durée des repas en France et conseille de favoriser les conversations, afin d'obtenir une plus grande lenteur dans ces repas. A part la viande, pour laquelle des règles assez précises sont fixées, l'allocation de substances grasses, de farineux et de féculents, de légumes herbacés, de fruits, de pain, de boisson est variable et laissée à l'initative des cuisiniers. Il y a là une lacune à combler; de même, il faudrait répartir les enfants suivant leur âge et non suivant leur classe.

Les soupes bien préparées, les œufs, les légumes *en purée*, le pain *rassis et très cuit*, les fruits cuits, le lait de *bonne qualité*. « L'abondance », le vin des pensionnats, devra être remplacé par l'eau potable.

En terminant, le rapporteur reconnaît que le régime alimentaire s'est amélioré dans les écoles depuis une dizaine d'années et émet le vœu que :

1° Les directeurs des établissements scolaires, universitaires et libres, persévèrent dans les louables efforts qu'ils ont déjà faits pour améliorer l'alimentation de leurs élèves des deux sexes ;

2° Qu'une surveillance attentive soit exercée, même et surtout préventivement, sur les fonctions digestives des élèves, grâce à la collaboration constante des familles et de leurs médecins avec les directeurs et les médecins des établissements scolaires.

Les colites chez l'enfant. — M. Guinon, médecin des hôpitaux de Paris. La distinction entre la colite et l'entéro-colite et moins facile à faire chez le nourrisson que che l'enfant plus âgé ; chez ce dernier la colite s'isole cliniquement sinon anatomiquement.

Historique. — Elle a été surtout étudiée en Allemagne par Henoch et Buginski (entérite folliculaire), expression à rejeter d'après le rapporteur, car les follicules ne sont jamais enflammées de façon prédominante et ne sécrètent pas de mucus dont la présence est caractéristique des sécrétions coliques. Le terme de colite avec une épithète semble plus convenable.

Anatomie pathologique. — Peu étudiée en France, car cette affection est rarement mortelle. La muqueuse est gonflée et plissée, recouverte d'un enduit transparent, purulent ou membraneux suivant les cas. Les plaques de Peyer sont plus visibles et plus saillantes. Rarement elles sont ulcérées.

Histologiquement les lésions sont moins bien connues.

Buginski indique l'infiltration surabondante de la sous-muqueuse pour les cellules rondes ; ce qui est caractéristique de la colite, c'est l'inflammation de l'épithélium de revêtement et surtout des glandes muqueuses. Pour Marfan et Bernard, c'est la multiplication des cellules muqueuses atriculaires qui est la caractéristique histologique. Dans le mucus et dans les glandes on trouve des bâtonnets de Finkelstein. Streptocoque d'Escherich.

Etiologie. — Au-dessous de trois ans la colite est le plus souvent aiguë comme toutes les entérites, elle est plus fréquente vers la fin de l'été et peut être épidémique.

Au-dessous de trois ans la *colite* succède à une intoxication alimentaire ou médicamenteuse et à une maladie infectieuse.

Au-dessus de trois ans, il faut invoquer la constipation ancienne et l'hérédité neuro-arthritique.

Symptomatologie. — Il nous faut étudier d'abord la *colite aiguë muqueuse.* — A *Forme grave.* — D'abord l'indigestion, puis rareté des matières fécales, un mucus plus ou moins dense constitue la totalité de la selle ; souvent il s'y ajoute un peu de sang en stries. Chaque émission est précédée de coliques et suivie de ténesme. La langue est blanche au centre, les papilles saillantes. La soif est vive, aucun aliment n'est toléré. Le ventre est rétracté ; le trajet du côlon (surtout celui du côlon descendant) est douloureux et brûlant. La face est pâle, la peau sèche, le pouls vif, petit, l'enfant s'affaiblit rapidement, la température dépasse 39 degrés.

La réapparition des matières fécales au huitième ou dixième jour est le premier signe de l'amélioration. Mais la convalescence est longue et les rechutes sont fréquentes. Il peut y avoir alors des accidents choléri formes.

B. La forme *bénigne* présente des accidents atténués ; la température n'atteint pas 38 degrés. Une purgation et la diète sont un traitement suffisant.

C. *Formes localisées ou particlles.* — Il peut se produire une véritable *typhlite* dont le diagnostic avec une appendicite peut être rendu difficile. La sigmoïdite peut aussi s'observer.

D. *Forme dysentérique.* — Il y a des selles d'abord diarrhéiques, puis chargées de sang. En même temps surviennent des vomissements et la fièvre. L'abdomen est rétracté au centre, dur et tendu au niveau des différentes régions du côlon. L'anus est rouge et béant ; les épreintes rectales s'accompagnent de ténesme vésical ; l'enfant est dans la torpeur. La fièvre peut être suivie d'une courte période d'hypothermie.

Diagnostic de la colite aiguë. — L'entérite s'accompagne de diarrhée franchement fécale ; le côlon y est indolent. La persistance et la fréquence des garde-robes, l'émission persistante des gaz éloignent l'hypothèse d'une péritonite. La fièvre typhoïde, la dysenterie se différencient facilement. Il ne faut pas se laisser tromper par le prolapsus du rectum.

Colite chronique. — Elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Tantôt elle débute à la suite d'une entérite aiguë, tantôt elle se manifeste insidieusement par de vagues douleurs et des alternatives de constipation et de diarrhée. Les enfants qui en sont atteints ont une pâleur bistrée, les yeux sont cerclés de noir, les lèvres d'un rouge vif. La langue est empâtée à la base ; l'haleine est fétide ; le ventre tantôt ballonné, tantôt rétracté. Au point de vue de la sensibilité, l'intestin se comporte de façon très variable ; s'il y a douleur, elle siège surtout au niveau de l'S iliaque. Le gros intestin tendu donne la sensation de la corde de Glénard. Ce qui domine chez ces enfants c'est la constipation. Le type diarrhéique est beaucoup plus rare. La digestion s'accompagne de fièvre avec bâillements et éructations. Les urines contiennent de l'indican, le foie est gros, les enfants restent petits, les os sont grêles ; la poitrine rétractée leur donne un aspect rachitique.

Pronostic. — Il est sombre, car si la maladie est mal soignée, elle est indéfinie et, à l'âge adulte, les malades deviennent neurasthéniques. Bien soignée au début elle guérit bien.

Diagnostic. — La pigmentation de la peau, la rougeur des lèvres, l'absence des engorgements ganglionnaires, l'absence d'appétit distingueront la colite chronique de la tuberculose. Dans la *péritonite chronique* on constate l'existence de noyaux indurés. Dans la forme entéralgique, les douleurs peuvent simuler la *gastralgie.*

Complications des colites. — Il faut citer l'hémorragie intestinale, les abcès, furoncles, la broncho-pneumonie, la péritonite, le prolapsus rectal.

Contrairement à l'opinion de Dieulafoy, le rapporteur pense qu'il y a de fréquentes relations entre la colite chronique et des poussées d'appendicite. Rappelons avec Escherich, Trump et Hutinel la coïncidence de la *cystite* plus fréquente (cela se comprend aisément) chez les petites filles.

Le purpura peut être un accident secondaire à l'infection intestinale ; dans la colite chronique, les dermatoses affectent le type prurigineux. L'éruption occupe surtout les avant-bras et le dos des mains.

Signalons enfin certains accidents nerveux et la néphroptose.

Traitement. — *Colites aiguës muqueuses.* — Bains tièdes à 32 ou 35 degrés ; compresses chaudes sur le ventre. Antipyrine et chloral. Pas d'opium. Alimentation : décoctions végétales chaudes, peu de lait, eau albumineuse.

A la période d'état, les lavements d'eau bouillie à 40 degrés avec un peu de guimauve ou de borate de soude. A cette période, l'entéroclyse est difficilement supportée. Si la douleur est minime, elle s'impose en même temps que l'administration de calomel à doses fractionnées.

Pendant la convalescence, biscuits, croûtes de pain, œufs très peu cuits, laits de poule, panades, lait stérilisé coupé, puis pur. Combattre alors la constipation.

Colite dysentériforme. — Infusion de 20 centigrammes à 1 gr. 50 d'ipéca suivant l'âge. Petits lavements d'antipyrine ou de nitrate d'argent. Si l'enfant est déprimé, injections sous-cutanées de sérum. Eviter les complications vésicales par grande propreté de la vulve.

Colite chronique. — Combattre les tendances névropathiques des jeunes sujets : douches tièdes, éviter la fatigue.

S'il y a constipation : soupes aux légumes très cuits et passés, viandes et poissons bouillis, légumes secs, fruits cuits.

Si la diarrhée domine, le régime lacté intégral en a quelquefois raison, mais le lait est souvent mal toléré et augmente alors la diarrhée. Alors panades, farine lactée à l'eau, œufs peu cuits, viandes jeunes et bien hachées, purées de légumes ; pain grillé, donner un peu d'acide chlorhydrique, en potion opiacée. Compresses chaudes sur

le ventre et lavages chauds, calomel, benzo-naphtol. Massage de l'intestin.

Les purpuras de l'enfance. — M. Maurice Perrin (de Marseille). Le travail de revision et d'épuration, qu'oblige à faire pour toutes les questions la période scientifique dans laquelle nous nous trouvons, a été entrepris pour les purpuras par de nombreux auteurs : Hutinel, de Gimard, Claisse, Babes, Hayem, Marfan, Widal.

Le purpura n'est qu'un symptôme, qu'une manifestion communs à diverses affections. Le purpura n'est pas une dermatose bien définie, mais avant de décrire les purpuras il faut essayer une description d'ensemble du purpura lui-même.

Description des lésions cutanées. — Le purpura est une éruption de taches multiples variant dn rouge vif au noir, ne disparaissant pas par la pression du doigt et subissant les diverses transformations des épanchements sanguins. Tantôt les taches sout petites (forme pétéchiale), tantôt ce sont de véritables ecchymoses; les pétéchies peuvent être saillantes, mais la manifestation papuleuse disparait rapidement. Les taches prédominent aux membres, surtout aux inférieurs.

Le plus souvent, l'éruption est symétrique et procède par poussées successives, mais il y a des exceptions à la règle; la tache purpurique est due à l'accumulation de globules rouges du sang dans l'épaisseur du derme (purpura ectasique et purpura extravasif.)

L'hémorrhagie cutanée coïncide avec des symptômes généraux plus ou moins graves, de la fièvre et d'autres hémorragies muqueuses, séreuses ou viscérales; mais il est inutile, cependant, de maintenir la division en purpura simplex, purpura hemorragica, purpura fébrile ou purpura apyrétique ; il vaut mieux retenir la concomitance des érythèmes au voisinage des articulations, de lymphangites, d'adénites ou d'anasarque.

Des diverses formes de purpuras. — Marfan admet trois variétés : 1° le purpura rhumatoïde; 2° le purpura infectieux primitif; 3° la maladie de Werlhof; il y a, enfin, un quatrième groupe de purpuras secondaires. Le but du rapporteur est de montrer qu'entre toutes les formes il n'y a qu'une différence de degrés.

Partie clinique. — Description d'un cas typique de purpura rhumatoïde (péliose rhumatismale de Schœnlein, purpura myélopathique de Faisans) : ce purpura se rencontre assez fréquemment au printemps, surtout chez les enfants de quatre à dix ans. L'affection débute par un état gastrique avec vomissements bilieux et diarrhée, puis viennent des douleurs articulaires et musculaires, et enfin les taches (triade de Schœnlein); les articulations peuvent présenter un certain degré d'épanchement, la peau est tendue et œdémateuse, rosée et douloureuse à la pression, les arthropathies ne sont pas mobiles comme dans le rhumatisme vrai, la température atteint 38° à 38° 5; il y a de la céphalalgie, les poussées sont très irrégulières et les récidives fréquentes. Quelquefois les phénomènes gastro-intestinaux prédominent et s'accompagnent d'ictère avec selles sanguinolentes, quelquefois le processus ne frappe que les muqueuses sans manifestation cutanée, les complications visérales sont rares même du côté des reins.

Purpura à forme suraigue. — Début brusque par des symptômes nerveux, dyspnée avec frissons, le malade est prostré, rate grosse, urine rare, mort en quatre ou cinq jours (purpura fulminans de Hénoch, typhus angéio-hématique de Landouzy).

Forme typhoïde du purpura. — C'est la variété atténuée de la forme précédente; durée d'au moins quinze jours, la mort n'est pas fatale.

Maladie de Werlhof. — Elle est encore d'un degré de gravité moindre ; les hémorragies sont les seuls symptomes, mais les ecchymoses disparaissent rapidement; les gencives peuvent donner lieu à un écoulement abondant, dorée de quinze jours; pas de fièvre.

Discussion de chacune des variétés de purpuras et de leurs caractères distinctifs. — Rien n'est plus irrégulier, rien n'est plus imprévu que l'évolution de chacune des variétés; il peut y avoir une transformation complète de la maladie, à l'apyrexie peut succéder rapidement un état fébrile et même une adynamie plus ou moins prononcée. Il y a donc de nombreuses difficultés dans la distinction des variétés : observations de Descouts, de Gimard, de Bucquoy, de Faisans et de Marfan. Beaucoup de purpuras secondaires ressemblent plus à la maladie de Werlhof qu'aux deux autres variétés de purpura. Les hémorragies muqueuses et les phénomènes fébriles sont aussi très variables, et on passe insensiblement pour chaque symptôme d'un degré à l'autre.

Etiologie et Pathogénie. Age. — Les cas sont fréquents de quatre à dix ans, très rares après vingt ans. Le purpura peut s'observer chez le fœtus et après la naissance; les petits hérodo-syphilitiques sont exposés plus que tout autre enfant aux hémorragies. Les hémorragies cutanées peuvent aussi reconnaître une cause mécanique (à retenir pour la médecine légale). Rappelons aussi que le cadre de l'hémophilie se rétrécit de jour en jour.

Purpuras infectieux secondaires. — Ce sont des complications des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, des affections de l'appareil respiratoire et du tube digestif, des intoxications médicamenteuses ou alimentaires, des états cachectiques. Depuis longtemps, d'ailleurs, la nature infectieuse des purpuras secondaires est admise.

Nature et pathogénie des purpuras. — Cruveilhier décrivit la phlébite capillaire hémorragique. Hayem invoque la dégénérescenee graisseuse des artères, d'autres accusent l'origine nerveuse, mais c'est la bactériologie qui a le mieux éclairé ce point de la question, bien que les résultats ne soient pas toujours positifs (recherches de Straus, Widal, Le Gendre, Charrin, Bouchard).

L'infection agit sur les capillaires par ses toxines, soit directement, soit indirectement par l'entremise du système nerveux.

Hayem décrit comme altérations du sang : 1° la diminution considérable du nombre des hématoblastes; 2° la faible rétractilité du caillot. M. Apert nie cette rétraction du caillot. Pour M. Apert et pour M. Sortais, ce sont les altérations du rein et surtout celles du foie qui jouent un rôle prépondérant dans la pathogénie du purpura.

Mécanisme de la lésion purpurique. — Les toxines élaborées du fait d'une infection quelconque pénètrent dans la circulation, où elles altèrent la composition du sang et provoquent des taches purpuriques. A côté du rôle des toxines, il faut encore tenir compte des causes qui préparent le terrain (causes banales, froid, émotions, misère, surmenage et auto-intoxications, érythèmes multiformes à l'époque du sevrage observés par M. Sevestre).

De nouvelles recherches élucideront très probablement l'étude si complexe des purpuras.

Dr FRANCOIS.
Chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre 1898. — Présidence de M. P. BERGER.

Contusions de l'abdomen. — M. POTHERAT dépose dans les bulletins deux observations dont il donne un résumé bref. L'une a trait à un jeune homme qui, apporté à Cochin ayant reçu un coup de pied de cheval, fut laparotomisé et présentait une rupture de l'intestin. Pendant 5 jours tout alla bien, mais il mourut subitement le 6e. A l'autopsie on trouve la rupture intestinale bien cicatrisée, mais une autre perforation s'était faite secondairement sur une anse au-devant de la colonne vertébrale. L'autre est celle d'un charretier ayant reçu un coup de pied en pleine digestion au niveau de l'ombilic. Il ne présentait aucun symptôme. Je fis une laparatomie qui me montra une anse intestinale rompue sans épanchement de matière intestinale dans le ventre. Le malade guérit.

M. DELORME. Je ne suis interventionnisteque dans les cas où existent des symptômes. J'ai eu 10 cas à peu près de contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, et n'ai eu à intervenir qu'une fois. Tous les blessés ont guéri cependant.

Je ne saurais trop, contrairement à ce que dit M. Hartmann, dire l'inconstance du signe si fréquent de la tension de l'abdomen dans les cas de contusions.

Traitement des névralgies faciales. — M. GÉRARD MARCHANT. J'ai opéré un malade de 73 ans, souffrant de crises violentes depuis 1870. Tout avait été essayé, avulsion des dents, cautérisation des gencives, etc. Je l'opérai en mars 1878, et il est guéri. Une seconde malade souffrait de crises violentes, elle avait suivi un traitement médical. Je l'ai opérée en août 1878. Elle est très améliorée.

Au point de vue opératoire, je pratique l'opération en employant la méthode de Doyen, de Quénu-Sébileau. Tous les temps de l'opération ont été réglés par Poirier. J'ai 5 fois détruit le ganglion de Gasser. Dans un cas seulement avec un insuccès complet.

Les résultats thérapeutiques, 4 guérisons sur 5, répondent de la valeur de l'opération. Il ne faut pas faire de grands délabrements et faire juste la place du doigt.

Chez un de mes opérés, survinrent des troubles oculaires, cécité complète. C'est un accident auquel il faut songer et avant de faire cette opération, il faut avoir essayé tous les moyens et avoir la main en quelque sorte forcée par le malade lui-même.

Du traitement du goitre exophthalmique par la section partielle ou totale du grand sympathique cervical. — M. GÉRARD MARCHANT. Il y a longtemps que M FAURE nous a présenté son observation. Une jeune femme présentait tous les symptômes du goître exophthalmique ; elle avait du côté de la cornée des ulcérations, une conjonctivite intense. Depuis 1897, les observations se sont multipliées, il y en a plus de 30, tant en France qu'en Roumanie.

Moi-même, je peux actuellenent en présenter 7 — je me contente de donner le mode opératoire — en suivant la méthode de Jonnesco à laquelle je n'ai que peu de chose à ajouter.

Je donnerai comme point de repère la jugulaire, la carotide et le pneumo-gastrique. Il existe 3 voies : la voie antérieure qui est barrée par un lacis veineux des plus dangereux; la voie intra-musculaire qui permet de ne pas toucher au spinal, mais qui ne vous permet d'opérer qu'au milieu d'une boutonnière musculaire et je me rattache à la voie postérieure. On découvre la veine jugulaire et on peut dès ce moment, aux ciseaux, inciser jusqu'à l'apophyse mastoïde. On voit la carotide primitive, puis le pneumo-gastrique qu'il faut voir et revoir, car il faut le craindre. On découvre alors le ganglion supérieur et, dès ce moment, l'opération devient facile. Il y a quelques anomalies de ce ganglion et du grand sympathique au point de vue du volume. La durée de l'opération est de quelques minutes.

Faure a fait une résection étendue de son grand sympathique, 7 à 8 centimètres; actuellement, je crois qu'il se contenterait d'une résection de 1 à 2 centimètres. D'autant plus que la résection totale est une opération beaucoup plus grave.

L'opérée de M.Faure a été sauvée et pourrait être regardée comme guérie, s'il ne lui restait une conjonctivite intense et des ulcérations de la cornée.

Dans mes opérations, j'ai eu 2 succès, 1 mort, 2 insuccès, 2 améliorations notables.

La guérison s'effectue presque subitement. Dès le soir, le lendemain de l'opération, les malades peuvent dormir les yeux fermés. Les troubles circulatoires ne sont pas modifiés, mais cette guérison ne persiste pas et tout reparaît au bout de quelques jours, et dans les cas d'insuccès persiste comme antérieurement. Dans les cas de succès, il y a un changement très notable au point de vue de l'état général de la malade.

Les causes de la mort ont été : la syncope, l'anesthésie, l'érysipèle, le *delirium tremens*, la pneumonie, etc. Quant aux morts tardives, néphrite au bout d'un an, empoisonnement par la digitaline, etc., il ne reste aucune mort imputable à l'opération elle-même.

Ce qui présente un certain intérêt, ce sont les troubles mentaux survenus chez 2 de nos opérés.

La gravité de l'affection (21 0/0 de mort d'après Charcot) soit par elle-même, soit par les complications du côté des organes divers, peut,en dehors du traitement médical inefficace, nous entraîner à faire la résection du grand sympathique. L'exothyropexie, la thyroïdectomie sont à peu près abandonnées par le fait même de leur gravité.

Il reste donc la résection du grand sympathique. J'ajouterai qu'il y a des goîtres exophtalmiques qui sont secondaires et, dans ces cas, c'est une opération s'appliquant à la cause première du goître exophtalmique. Le grand sympathique n'est pas l'agent essentiel de la maladie de Basedow, mais il peut être l'intermédiaire entre le cœur et l'œil, et c'est peut-être par la suppression de cette communication qu'agira la résection du grand sympathique, que nous devons conserver.

Sur le traitement chirurgical de la symphyse cardio-péricardique. — M. DELORME. Appliquer au cœur ce que j'ai appliqué au poumon, tel est le but que je m'étais proposé. Les troubles fonctionnels peuvent être assez marqués pour permettre de reconnaître la symphyse cardio-

péricardique. De plus les complications de cette symphyse sont des plus graves et des plus fréquentes.

La séparation d'adhérences totales est souvent facile chez des vieillards où les adhérences sont parfois très résistantes. L'ablation des brides ne demande qu'un peu de prudence. Il faudrait limiter les indications aux individus jeunes et résistants.

La brèche pariétale doit être faite au niveau du 5e espace. On incise le péricarde et, soulevant la lèvre supérieure, on dégage les adhérences sur le bord droit du cœur; on détache vers la lèvre inférieure. Il sera nécessaire de s'arrêter au niveau de l'oreillette dont l'épaisseur n'est pas suffisante. Les brides seront soulevées par le doigt et sectionnées.

M. Terrier. Quand on a fait la suture du cœur, on a fait une incision supérieure plus grande que celle qu'indique M. Delorme, et je crois qu'il ne faut pas ménager les cartilages costaux ou chondro-sternaux.

Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. Jonnesco. J'ai eu l'occasion de voir le résultat d'une méthode de traitement qui au premier abord peut paraître hasardeuse. Ouverture large du kyste hydatique ; ablation de la membrane proligène, puis suture de la poche et fermeture de l'abdomen sans drainage, sans marsupialisation.

Appendicite Guérison — Présentation du malade par M. Lejars.

Cystostomie sus pubienne. Cystite purulente. Cellules vésicales. — Présentation de pièces par M. Routier.

F. Verchère.

NOUVELLES

Décorations universitaires. — Ont été nommés officiers d'académie : MM. les Drs Cersoy, médecin du collège de Langres; Mounier (de la Ferté-Saint-Aubin); Dupont (de Saint-Loup); Foucaud, médecin-major de la défense mobile d'Algérie, à Alger ; Melgrani, conseiller général à Ajaccio ; M. le Dr Patenostre, délégué cantonnal à Sézanne.

M. le Dr Bertrand, médecin en chef de la marine à Toulon, a été nommé officier de l'instruction publique.

Distinctions honorifiques. — Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, les distinctions honorifiques ci-après ont été décernées aux docteurs en médecine qui se sont signalés par les travaux présentés aux conseils d'hygiène publique et de salubrité ou par une participation active et dévouée aux délibérations de ces assemblées :

Médaille de vermeil : M. Blanquinque, médecin des épidémies, membre du conseil de l'Aisne.

Médailles d'argent : M. le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy (décédé) ; — M. Fleury, vice-président du conseil de la Loire ; — M. Février, médecin-major au 2e bataillon d'artillerie ; — M. Delmas, médecin en chef des salles militaires de l'Hôtel-Dieu à Poitiers, membre du conseil de la Vienne ; — M. Pauthier, médecin des épidémies, membre du conseil de l'arrondissement de Senlis ; — M. Leduc, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, vice-président du conseil de la Loire-Inférieure, — M. Gautrez, secrétaire général du conseil du Puy-de-Dôme ; — M. Macé, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, membre du conseil de Meurthe-et-Moselle ; — M. Devé, membre du conseil de l'Oise ; — M. Bertin, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, membre du conseil de la Loire-Inférieure.

Médailles de bronze : M. Dupuy, professeur à la Faculté de Toulouse, membre du conseil de la Haute-Garonne ; — — M. de Crévoisier, membre du conseil de l'arrondissement de Briey ; — M. Paul Dulac, secrétaire du conseil de l'arrondissement de Montbrison ; — M. Huguet, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont, membre du conseil du Puy-de-Dôme ; — M. Gorez, médecin des épidémies, membre du conseil du Nord ; — M. J. Auger, médecin cantonal des épidémies à Bolbec, membre du conseil de l'arrondissement du Havre ; — M. Attimont, membre du conseil de la Loire-Inférieure ; — M. Blé, médecin des épidémies, secrétaire du conseil de la Vendée ; Filaudeau, membre du conseil de la Vendée.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 15 octobre 1898, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Langlois, désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand ; — Pierron, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Langres.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lubrez, pour le 21e d'infanterie ; — Lejeune, pour le 5e d'infanterie ; — Février pour le 3e cuirassiers ; — Tredos, pour l'école de Saumur ; — Pruvost, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Galland, pour le 5e escadron du train des équipages ; — Goulon, pour le 22e dragons ; — de Viville, pour le 3e chasseurs d'Afrique ; — Cousin, pour le 110e d'infanterie ; — Glorget, pour le 3e tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de première classe Lefort, pour le 113e d'infanterie ; — Lejoune, pour le 69e d'infanterie ; — Mauviez, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Renard, pour le 143e d'infanterie ; — Labadie, pour le 24e d'infanterie ; — Tibert, pour le 40e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dopter, pour le 12e d'artillerie ; — Duchêne-Marullaz, pour le 27e dragons ; — Oullier, pour le 73e d'infanterie ; — Donier, pour le 12e dragons ; — Letainturier de La Chapelle pour le 44e d'infanterie ; — Blary, pour l'hôpital annexe de Montmédy.

— Par décision ministérielle, en date du 23 octobre 1898 ont été désignés pour les postes ci-après ;

M. le médecin-major de deuxième classe Ecot, pour le 17e bataillon d'artillerie à pied (emploi créé).

MM. les médecins aides-majors de première classe Roux, pour le bataillon étranger du corps d'occupation de Madagascar ; Piqué, pour le 4e bataillon d'infanterie légère.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Blan, pour le 148e d'infanterie.

Association française de chirurgie. — Le bureau du XIIIe congrès (Paris, 1899), est constitué comme suit :

Président : M. Poncet (de Lyon) ; vice-président : M. Lucas-Championnière ; secrétaire général : M. Picqué.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : 1° De l'hystérectomie abdominale totale : rapporteur, M. A. Ricard (de Paris). — 2° Tumeurs des os : rapporteurs, MM. Maurice Pollosson et Léon Bérard (de Lyon).

Le Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie tiendra sa prochaine réunion à Nantes, et la seconde à Rouen.

Le bureau du Congrès de Nantes sera composé de MM. Sevestre, président général du Congrès et de la section de pédiatrie : Segond, président de la section de gynécologie; Queirel, de la section d'obstétrique, et de M. Guillemet (de Nantes), secrétaire.

Institut Pasteur de Lille. — M. le Dr Calmette vient de faire don à l'Institut Pasteur, qu'il dirige à Lille, de 250.000 francs, représentant les bénéfices réalisés dans les distilleries de Seclin par une de ses inventions.

Journaux de médecine. — Le Dr H. Pineau, fils, de la Rochelle, qui avait abandonné la médecine pour faire, très brillamment d'ailleurs, son doctorat en droit, nous revient et publie une deuxième série de sa *Revue médico-chirurgicale de la Province*, revue illustrée de médecine, pharmacie, art vétérinaire, littérature, science, art. Ce programme très compréhensif n'est pas la seule particularité de la Revue : elle n'accepte pas d'annonces pharmaceutiques et réserve sa publicité aux produits alimentaires, aux montres et aux bicyclettes. Ce n'est pas si bête et nous souhaitons à notre confrère un plein succès.

Exercice illégal. — Le tribunal correctionnel de Limoges a jugé, dernièrement, une femme Françoise Desvalois, épouse Laroudie, 57 ans, poursuivie pour exercice illégal de la médecine.

Elle soignait les personnes qui s'adressaient à elle, à l'aide de cataplasmes faits avec trois sortes de plantes.

Quelle que fût la maladie, le remède était le même, mais la pseudo-doctoresse n'oubliait pas de se faire payer, et même assez cher, sous prétexte de messes dites à Arliquet!

Le Dr Raymondaud, qui a examiné les plantes dont se servait la dame Desvalois, indique au tribunal que, sur les trois sortes employées, deux étaient très dangereuses.

Du reste, c'est sur la plainte de diverses personnes, dont l'état de santé avait empiré après la médication de la femme Desvalois, que M. le commissaire de police a été appelé à ouvrir une enquête.

De nombreux témoins à charge ont été entendus. Tous reconnaissent avoir été trompés affreusement par la prévenue, qui a même occasionné la mort d'une mère de famille.

Après plaidoirie de Me Saulnier, le tribunal a condamné la pseudo-doctoresse à 300 fr. d'amende. (*Revue médicale*).

Le capitaine Gouraud. — Une sympathique et touchante manifestation a eu lieu mercredi, à l'hôpital de la Charité, dans le cabinet médical de M. le Dr Gouraud, le père du vainqueur de Samory, le capitaine Henri Gouraud.

Les élèves de M. Gouraud ont voulu fêter l'heureux événement, tant il est vrai que les médecins, bien qu'ils soient des intellectuels, sont sensibles aux émotions du patriotisme.

Le cabinet de M. Gouraud était décoré aux couleurs françaises et les malades portaient la cocarde tricolore.

M. Gouraud a remercié en termes très émus ses élèves et anciens élèves qui, en grand nombre, avaient voulu se joindre à cette patriotique démonstration. — H. Gauchery, interne du service (*Gaz. des hôp.*).

L'alcool en aliment. — Les médecins américains s'inquiètent en ce moment d'une nouvelle forme d'intoxication alcoolique, qui vient de faire son apparition aux Etats-Unis. L'eau-de-vie peut, maintenant, non seulement être bue, mais mangée. On vend, en effet, en Amérique, des biscuits et des gâteaux secs, qui renferment une assez grande quantité de whisky. Le Bureau d'Hygiène des Etats-Unis a commencé une vraie croisade contre les fabricants et les marchands de ces dangereux produits. A Manchester, on commence à vendre un autre produit non moins toxique : c'est du *sucre candi contenant de l'alcool* à haute dose. — L'alcoolisme en tartine! L'alcoolisme en croquettes!

Epidémie de fièvre typhoïde en Vendée. — A environ 8 kilomètres de la ville des Sables, entre le château de Pierre-Levée et Sainte-Foy, se trouve une métairie appelée *La Porte d'Olonne*, occupée par les familles Pateau-Valeau. Depuis plusieurs années la fièvre typhoïde y a élu domicile, faisant dans cette malheureuse métairie les plus cruels ravages. Il y a deux ans mouraient presque coup sur coup, terrassés par l'impardonnable maladie, la femme Pateau, âgée de 58 ans, son fils, âgé de 32 ans et une jeune domestique de 18 ans. On pensa que l'*eau de puits*, situé près des écuries, pouvait être la cause de l'épidémie et défense fut faite aux métayers de boire de cette eau qui paraissait contaminée. Pendant un an la fièvre disparut et tous ces braves gens se crurent délivrés du terrible fléau. Hélas! ils s'étaient cruellement trompés. Au commencement du mois dernier la fièvre revint au foyer, clouant sur le lit la fille et les trois petits-fils du père Pateau. Ses effets furent foudroyants! Qu'on en juge. Le 7 septembre meurt un des jeunes enfants, Jean, âgé de dix ans, huit jours après succombe un autre enfant, Marcel, âgé de 11 ans, puis dix jours après, — c'est-à-dire dimanche dernier —, l'aîné Léon, âgé de 16 ans meurt à son tour! Trois décès en trois semaines, n'est-ce pas épouvantable! Et maintenant la pauvre mère est également clouée sur le lit de douleur en pleine fièvre typhoïde! A l'heure où nous écrivons ces lignes, une étuve à désinfecter, spécialement mandée de la Roche, procède à la désinfection du linge et du mobilier de la métairie. (*Gazette médicale de Paris*).

Opothérapie. — M. Pol Grosset donne, dans l'*Union médical du Nord-Est*, quelques extraits du formulaire de Nicolas Nolleson, maître chirurgien à Vitry-le-François vers l'an 1733.

Entre autres recettes, on y trouve un secret infaillible pour « procréer lignée aux femmes stériles et restituer l'impuissance de l'homme en sa première vigueur » — matrice de lièvre et organe de bélier. Brown-Séquard n'a rien inventé.

Mais le passage le plus curieux est le suivant, rédigé par demandes et par réponses.

D. — Combien y a-t-il de sortes de chirurgiens?

R. — Il y en a de trois sortes : le premier se nomme sinistre, qui est ignorant de science et d'expérience ; le deuxième est adulateur, qui pour complaire au malade ne fait les choses nécessaires ; le troisième est le vrai et rationnel chirurgien qui opère avec méthode et raison...

D. — Pour opérer plaisamment, combien de choses sont requises?

R. — Cinq conditions sont requises : la première que ce soit sans douleur, c'est-à-dire le moins qui sera possible ;

le seconde, avec la grâce du malade ; la troisième, sans tromperie : la quatrième, plutôt par affection que par cupidité de gagner ; la cinquième, de ne rien promettre que ce que l'on veut tenir...

D. — Pour gagner les bonnes grâces du malade combien le chirurgien doit-il considérer de choses ?

R. — Sept choses sont à considérer : la première, entrant chez lui avec crainte, modestie, révérence et gravité ; la seconde, parole avec douceur, science et autorité ; la troisième, la tenue du corps sans abjection, ni arrogance ; la quatrième, le vêtement honnête et modeste ; la cinquième, sa tonsure avec médiocrité ; la sixième, ses ongles et nets bien coupés de peur de blesser le patient ; la septième, les bonnes odeurs fuyant toute puanteur.

Les médecins canonisés. — On compte un nombre considérable de médecins, 68, régulièrement canonisés ! Parmi les plus connus, nous citerons saint Luc, qui déjà était un spécialiste fort distingué pour les maladies du larynx et des oreilles, saint Pantaléon qui travaillait dans les maladies des organes génitaux, saint Blanc qui s'occupait également de pertes séminales et saint Alphan pour qui la maladie de la pierre n'avait pas de secret.

Hôpital Tenon. — RADIOSCOPIE MÉDICALE. — Le Dr A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Tenon, commencera le dimanche 6 novembre, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, en son laboratoire, une nouvelle série de Conférences et d'Exercices pratiques : A 10 heures, conférence de radiologie. (Les rayons de Rontgen : moyens de production, mode d'emploi, applications au diagnostic médical) ; à 10 heures 1/2, présentation et examen radioscopique des malades.

Hôpital de la Pitié. — LEÇONS SUR LES MALADIES DE LA PEAU. — M. le Dr G. THIBIERGE commencera des leçons sur les maladies de la peau, à l'hôpital de la Pitié, le dimanche 6 novembre, à 10 heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Ces leçons seront consacrées à l'hygiène thérapeutique des maladies de la peau et suivies de présentations de malades.

Le mercredi et le samedi à 9 heures, consultations pour les maladies de la peau.

Le cinématographe en médecine. — Le *Médical Press* nous apprend que le Dr Doyen vient de faire à ce sujet « une intéressante démonstration » à la Société clinique d'Edimbourg.

Il a projeté sur un écran une série de photographies animées reproduisant les diverses phases d'une opération chirurgicale. Le temps employé à la projection a été approximativement celui qu'a mis le chirurgien à exécuter son opération.

S'il en est ainsi, dit le journal anglais, nous devons reconnaître que le Dr Doyen est le plus expert et le plus rapide des chirurgiens.

La démonstration a été faite pour établir l'utilité du cinématographe dans l'enseignement de la médecine opératoire.

Un lac de sulfate de soude. — M. le Dr P. CARLES. Un jeune négociant de Bordeaux, M. Imbert, faisant, pour son instruction personnelle, non pas le tour de France, ainsi qu'on le faisait autrefois, mais le tour du monde, a rencontré aux Etats-Unis d'Amérique du Nord, à 20 kilomètres environ de Salt-Lake City et à 1.200 mètres d'altitude, un lac, dit *Grand Lac Salé*, dont les bords étaient recouverts d'une très abondante cristallisation. Ces cristaux, dit-il, ne se forment qu'en hiver ; en été, ils disparaissent entraînés par les pluies.

L'échantillon qu'il nous a remis dans un grand flacon bouché au liège est représenté par des cristaux irréguliers, translucides, sans aiguilles ni prismes. Ils pèsent de 0,50 à 1 gramme chaque.

L'analyse démontre qu'ils sont formés de sulfate de soude presque exclusivement, avec traces de chlorure et carbonate sodique.

Par ce temps de gratitude publique à Glauber, les pharmaciens et les médecins français qui prônent à juste titre la solution de sulfate de soude en place des eaux purgatives étrangères, n'apprendront pas sans surprise qu'il y a, au centre des États-Unis, une provision d'eau de Glauber saturée suffisante pour purger à ses heures l'Europe tout entière.

Cette eau mise en bouteille se conserve très bien. L'échantillon que nous avons en mains et qui a été puisé le 11 février 1897 renferme à peine quelques mucédinées.

Le lac, entouré de montagnes, a une superficie d'environ 6.000 kilomètres carrés et assez de profondeur pour supporter des bateaux de plaisance.

(*Gaz. des Eaux.*)

Nécrologie. — Sur l'affirmation d'un confrère, le Dr Naulin, qui revenait de passer ses vacances dans le pays où l'accident aurait eu lieu, j'ai, dans le dernier numéro de ce journal, annoncé la mort du Dr DAMALIX, chirurgien de la maison nationale de Charenton. Il se trouve heureusement que la nouvelle est complètement fausse et j'exprime à Damalix tous mes regrets de cette inhumation réellement précipitée ; mais la *Gazette des hôpitaux* m'a joué le même tour il y a cinq ans et cela m'a porté bonheur ; je souhaite cordialement à Damalix le même résultat.

Le Dr DROUAULT de Villemonble (Seine). — Le Dr BRACHET, d'Aix-les-Bains, médecin de la Cie P.-L.-M., décédé le 25 septembre. — M. ALBERT LAGRANGE, interne provisoire des hôpitaux de Paris. — M. TOUPART, interne des hôpitaux, décédé à l'âge de 25 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*